

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

86

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maximilien GENDRON

Né le 23 mai 1907, à La Montagne (Loire-Inférieure)
Ancien Interne de l'Institut Orthopédique Marin de Kerpape
Interne à l'Hôpital Sadiki à Tunis

Quelques réflexions

sur

Vingt Césariennes basses transverses
pratiquées à l'Hôpital Sadiki

Président : M. P. DUVAL, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maximilien GENDRON

Né le 23 mai 1907, à La Montagne (Loire-Inférieure)
Ancien Interne de l'Institut Orthopédique Marin de Kerpape
Interne à l'Hôpital Sadiki à Tunis

Quelques réflexions

sur

**Vingt Césariennes basses transverses
pratiquées à l'Hôpital Sadiki**

Président : M. P. DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

Directeur-chirurgien-chef de l'Hôpital Sadiki
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre
affectueuse gratitude pour ses précieux
conseils et l'enseignement dont nous avons
bénéficié dans son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENOISTE PILLOIRE

Correspondant de la Société des Chirurgiens de Paris
Médecin-chef du Sanatorium de Kerpape (Morbihan)

Qu'il trouve ici, avec toute notre affection, l'expression de notre vive reconnaissance pour son enseignement et la bienveillance qu'il nous témoigne toujours.

A MADAME LE DOCTEUR BRUN ROME

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à l'Hôpital Sadiki

AUX DOCTEURS COURSIÈRES ET BERTHEZÈNE

Avec notre affectueuse amitié et de notre reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

DELASTRE
DUPLÉNNE
GANEM
GOURDON

Qui nous ont guidé lors de notre initiation chirurgicale ; pour leur exprimer toute notre reconnaissance.

AU DOCTEUR SCHEMLA

Pour le remercier d'avoir bien voulu nous communiquer ses observations et nous aider de son expérience.

A TOUS LES MÉDECINS
DES HOPITAUX SADIKI ET ERNEST CONSEILS
ET A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Quelques réflexions sur Vingt Césariennes basses transverses pratiquées à l'Hôpital Sadiki

INTRODUCTION

Vingt césariennes basses transverses ont été pratiquées à l'Hôpital Sadiki du 11 février 1937 au 1^{er} septembre 1939, c'est-à-dire environ en deux ans.

La lecture de ces observations nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Cette technique peut s'appliquer à tous les cas ;
- Elle est d'exécution facile ;
- Elle apparaît comme bénigne puisque nous n'avons enregistré aucun décès.

Ces conclusions pourront paraître par trop définitives devant un nombre aussi restreint d'observations. Toutefois, réparties sur deux ans, dans une maternité embryonnaire ne renfermant qu'une dizaine de lits et, jusqu'à ce jour, annexée à un service de chirurgie, il apparaîtra que les indications ont été peut-être un peu trop poussées.

Comment se fait-il que l'on soit arrivé à pareil résultat ?

Ceci tient à ce fait que nous n'avions affaire qu'à une clientèle musulmane qui se refusait bien souvent à venir à l'hôpital, ou n'y venait qu'à la dernière extrémité et ce n'est que petit à petit, à la suite de toutes les tentatives qu'on a faites pour les y amener, que les femmes enceintes sont venues de plus en plus nombreuses consulter à l'hôpital, qu'on les y a admises et qu'elles ont fini par se laisser opérer devant les résultats de plus en plus satisfaisants qui étaient obtenus dans ce service.

L'histoire de l'apparition et de l'exécution de la césarienne basse à l'Hôpital Sadiki, est, en quelque sorte, toute l'histoire de la création de cette petite maternité et des résultats qu'on peut obtenir malgré l'inertie et l'opposition qui ont pu se manifester, bien que cette œuvre d'assistance et d'hygiène entreprise en Tunisie ne puisse avoir que des conséquences heureuses sur l'influence française dans le Protectorat.

* * *

Toutes les observations qui sont à la fin de ce travail intéressent seulement des femmes indigènes, l'Hôpital Sadiki étant réservé aux Musulmans tunisiens.

Avant 1905 l'aspect de l'hôpital était peu engageant : une vieille caserne de janissaires, délabrée, qu'un souverain, Es Sadok Bey, avait eu l'heureuse

idée de transformer, en 1880, en hôpital qui portera désormais son nom. Mais le terme d'hôpital est trop flatteur pour qualifier cette sorte de caravansérail qui n'abrite que des aliénés, des incurables, des vieillards et des gâteux, sans aucune femme ni aucun enfant. De ce soi-disant hôpital, vous trouverez une description magnifique et saisissante dans *La vie errante* de Maupassant qui visita Sadiki en 1890.

33 ... « Autour de moi, sur les quatre côtés de la cour, d'étroites cellules, grillées comme des cachots, enfermaient des hommes qui se levèrent en nous voyant et vinrent coller entre les barreaux de fer des faces creuses et livides. Puis l'un d'eux, passant sa main et l'agitant hors de cette cage, cria quelque injure. Alors les autres, sautillant soudain comme les bêtes d'une ménagerie, se mirent à vociférer, tandis que, sur la galerie du premier étage, un arabe à grande barbe, coiffé d'un épais turban, le cou cerclé de colliers de cuivre, laissait pendre avec nonchalance sur la balustrade un bras couvert de bracelets et des doigts chargés de bagues. Il souriait en écoutant ce bruit. C'est un fou libre et tranquille, qui se croit le roi des rois et qui règne paisiblement sur les fous furieux enfermés en bas... »

Au premier étage des salles voûtées ne reçoivent air et lumière que par une porte étroite donnant sur une galerie. Le sol est de terre battue, recouvert d'immondices. Là sont entassés pêle-mêle, syphilitiques et tuberculeux, trachomateux aux yeux couverts de mouches et autres malades dans un état de

cachexie lamentable. Quelques-uns sont accroupis ou allongés sur des nattes d'alfa, unique objet de literie, et près d'eux sont des écuelles contenant une bien maigre pitance. Une odeur vous saisit à l'entrée de ces taudis, ammoniacale et fécaloïde ; elle provient de caisses à pétrole, faisant office de chaises percées. Ni eau, ni gaz. Comme matériel chirurgical, quelques instruments à manche de bois, avec, concession à l'antisepsie, une marmite pour les faire bouillir, et qui sert aussi à la préparation des infusions et des tisanes.

Le personnel comprenait tout d'abord une série de personnages enturbannés ignorant complètement le français, ignorant l'existence des billets d'entrée, de sortie, des registres de pharmacie, des feuilles de température et bien d'autres choses encore ; puis, les complétant dignement des infirmiers, manœuvres grossiers chargés des plus basses besognes. Enfin, brodant sur le tout, un Algérien parlant un peu le français, interprète, préparateur, pharmacien, chloroformisateur.

L'hôpital ne possédait ni lingerie ni buanderie et, dans ces conditions, les services administratifs devenaient bien inutiles. Par contre, cet hôpital avait deux directeurs. Pour l'un, ce titre n'était qu'une occasion d'émarger au budget ; pour l'autre, on comprendra après ce que nous venons de dire que la besogne n'était ni longue ni difficile.

Tel était Sadiki en 1902, lorsque la direction en fut confiée au Dr Brunswic-Le Bihan, ancien In-

terne des Hôpitaux de Paris, qui était venu pour raison de santé, vers 1900, s'installer en Tunisie, à Nabeul, petite ville du Cap Bon où fleurit l'oranger, et région renommée pour la douceur de son climat. Il y créa une infirmerie-dispensaire si parfaite qu'elle devait servir de modèle pour toutes celles de la Régence.

Ses succès opératoires furent si appréciés que sa renommée parvint jusqu'au Palais et le Bey, ayant un fils malade, le fit venir et lui confia son enfant. Celui-ci guérit; et en témoignage de reconnaissance, Son Altesse offrit à Brunswic le poste de chirurgien-chef de l'Hôpital Sadiki devenu vacant en 1902.

Pour devenir un hôpital digne de ce nom, il fallait qu'il cesse d'être un asile d'aliénés, un hospice de vieillards et d'incurables. Les fous, les aveugles, les gâteux furent hospitalisés dans d'autres locaux. Il fallait créer de toutes pièces un cadre administratif, établir un budget digne de ce nom, équilibrer les recettes et les dépenses, et il en fut ainsi, et cela n'a rien qui doive nous surprendre, étant donné la ténacité de l'administrateur.

Mais il était aussi chirurgien, élève des Lucas-Championnière et des Terrier; il avait profité des leçons de ces maîtres à qui nous devons l'antisepsie et l'asepsie, et il n'ignorait pas tous les bénéfices que ses malades allaient tirer de l'application de méthodes jusque-là ignorées dans cet hôpital. Il a la très grande chance de recevoir la visite d'un de ses camarades, autrefois comme lui préparateur au Col-

lège de France, dans le laboratoire de Marey : Charles Comte. Ils échangent entre eux des souvenirs du passé ; Comte vient de monter avec Hallion et Carrion un laboratoire de stérilisation et de biologie « avec moins que rien » ajoute-t-il. Quelle belle formule, et susceptible de plaire à Brunswic qui met tout son talent de persuasion à décider Comte à rester avec lui. Le marché est conclu, et c'est Charles Comte qui, avec son ingéniosité proverbiale, crée de toutes pièces et suivant sa formule, « avec moins que rien », le laboratoire de stérilisation où seront traités les cotons, les catguts, les crins, les drains, les compresse, bref tout le matériel opératoire reçu directement de la fabrique, ce qui permet de réaliser des économies considérables.

Il organise de toutes pièces des salles d'opérations septiques et aseptiques qu'il orne, qu'il meuble et qu'il dote du matériel opératoire le plus moderne de l'époque. Mais ce chirurgien est doublé d'un fin psychologue qui comprend tout de suite l'influence considérable que la chirurgie va exercer sur les Arabes, étonnés d'abord, émerveillés ensuite des résultats obtenus, résultats immédiats, patents et incontestables. Et l'Arabe acceptera plus volontiers l'opération que la discipline d'un traitement médical de longue durée. C'est pour cela que Brunswic développera d'abord les services de chirurgie, mais pour capter la confiance de ces malades, rétifs au début, il sait qu'il faut pratiquer une chirurgie sage, prudente et efficace, et éviter à tout prix les insuccès ;

il a appris qu'un seul décès éloignera de son hôpital plus de malades que n'en attirera des centaines de guérisons éclatantes ; et cette prudence que d'aucuns pourront trouver excessive, appliquée par un chirurgien de sa classe et de sa qualité, a bien servi tout à la fois la renommée du chirurgien, ce qui est bien, la gloire de la chirurgie, ce qui est mieux, et enfin et surtout l'intérêt des malades, ce qui est l'essentiel. C'était là le résultat escompté et qui fut obtenu.

Tel est l'Hôpital Sadiki à la fin de la guerre, en 1919. Les consultants affluent et les opérations y sont nombreuses, mais le service des femmes est à peu près inexistant. Pour agrandir ce service, le Dr Brun, étant directeur et chirurgien-chef de l'hôpital, l'administration achète une « oukala » contiguë. Une oukala en Tunisie est une sorte de petit cloître réservé aux étudiants de la Grande Mosquée : Une cour centrale, entourée d'une galerie à colonnades, qui enserme un petit jardin de bananiers aux larges feuilles, d'aloès et d'arbres fruitiers. Sous la galerie donnent les portes des cellules, d'aspect sévère et monastique, qu'utilisaient les élèves de l'école coranique. Six de ces cellules furent réservées à la Maternité ; le reste de l'oukala étant utilisé par le coquet service de médecine des femmes, au plafond enluminé.

Cette oukala transformée fit avec le service de chirurgie des femmes, un bloc indépendant, ayant son entrée spéciale et séparée des services des

hommes par une solide porte de chêne, verrouillée en dehors des heures de visite, afin de satisfaire la susceptibilité musulmane, de telle façon que les parturiantes puissent être transportées au service chirurgical pour y subir les interventions nécessaires, sans traverser le domaine des hommes.

Par quelle clientèle l'Hôpital Sadiki devait-il être fréquenté pendant les premières années de consécration de cette petite Maternité ? La meilleure réponse à cette question nous est fournie par l'article des D^{rs} Brun et Biecheler : « A propos de la statistique de la Maternité de l'Hôpital Sadiki » en décembre 1924 dans la *Revue tunisienne des Sciences médicales et Tunis médical réunis* :

« Le nombre des personnes ayant accouché à l'Hôpital Sadiki, de 1919 à 1924, s'élève à 70, 16 sont mortes des suites de leurs couches et ces 70 accouchements n'ont donné que 35 enfants vivants. »

A lire de pareilles statistiques, l'accouchement n'apparaît plus, hélas, comme un acte physiologique et normal, puisque une personne sur quatre en meurt, et qu'un seul enfant sur deux peut prétendre à la vie. Cette statistique effrayante ne serait certainement pas à la gloire des accoucheurs de l'hôpital, s'ils n'avaient de bonnes raisons à faire valoir pour démontrer que si tous les enfants ne sont pas morts et que si le plus grand nombre des mères a survécu, c'est grâce aux soins reçus à l'hôpital.

Ce qu'il faut savoir en effet, c'est que 80 % des femmes qui viennent accoucher à l'Hôpital Sadiki

ne s'y sont décidées que très tardivement, et que la plupart sont en travail depuis 5, 10 jours et même plus, sans que bien souvent un médecin ou une sage-femme diplômée ait vu la malade. Ces femmes arrivent à l'hôpital dans un état lamentable, grelottant de fièvre, épuisées par un effort stérile, souvent anémiées par des hémorragies abondantes et répétées ; l'enfant est presque toujours mort, souvent même putréfié, et ce qui étonne le plus, c'est que ces malheureuses aient pu résister aux efforts qu'elles ont faits et aux tortures qu'on leur a infligées. Leur histoire clinique est toujours la même ; leur grossesse a évolué sans que jamais personne se soit inquiété ni de la qualité du bassin de la mère, ni de la position de l'enfant. L'accouchement arrive et si au bout de 10 à 15 heures de travail l'enfant n'est pas là, une matrone est appelée ; elle n'est malheureusement pas inactive ; elle prescrit de la poudre d'ergot, inflige au ventre de la parturiente un pétrissage violent, puis la malheureuse accouchée est amarrée sur une chaise percée et on l'oblige à pousser sans répit. Pour exciter les contractions utérines, toutes sortes de moyens, quelques-uns même barbares, sont employés : sans aucune précaution, la matrone introduit une main souillée dans le vagin, voire même dans l'utérus, provoque parfois une rupture utérine, et pour le moins une infection puerpérale.

49 femmes ont été amenées dans de pareilles conditions à l'Hôpital Sadiki ; 11, soit 23 % des cas, sont mortes des suites de couches ; 37 enfants

étaient déjà morts ou putréfiés, 12 seulement étaient vivants à l'admission. L'examen put montrer que dans la plupart des cas il y avait dystocie, soit du côté de l'enfant, soit du côté de la mère.

Bassin rétréci	12
Atrésie vaginale	1
Inertie utérine	3
Eclampsie	1
Perforation utérine	1
Présentation de l'épaule	12
Hémorragie par placenta prævia ou décolle- ment prématuré	3
Rétention placentaire	3

Il a été pratiqué :

Versions podaliques	8
Application de forceps	18
Césarienne abdominale	4
Césarienne suivie d'hystérectomie totale ...	3
Embryotomie	9
Basiotripsie	2

Pour ces 11 cas de décès, nous trouvons comme cause la septicémie puerpérale dans 50 % des cas.

Pour les autres cas, la mort était due à :

Tétanos	1 cas
Eclampsie	1 cas
Perforation utérine	1 cas
Hémorragie par placenta prævia dans un cas de travail ayant duré 12 jours.	1 cas

Le cas de mort par tétanos nous paraît intéressant de par son étiologie : un gros morceau de laine

avait été introduit dans le vagin par la matrone, pour arrêter l'hémorragie et ce tampon envoyé à l'Institut Pasteur donna une culture pure d'un bacille tétanique extrêmement virulent. Dans un autre cas, un énorme pavé avait été attaché au cordon ombilical pour obtenir la délivrance. Il serait fastidieux d'énumérer tous les corps étrangers introduits dans les parties génitales par les matrones pour provoquer l'accouchement : poudre de piment, chiffons imbibés d'huile, d'essence, etc..., etc...

A côté de ces résultats déplorables chez les femmes amenées au cours du travail, *notons les très bons résultats obtenus chaque fois que les femmes sont hospitalisées durant leur grossesse avant le début du travail* : 13 femmes ont été amenées à l'hôpital dans ces conditions ; toutes en sont sorties guéries sans complications, *avec un enfant vivant*. Ces résultats extrêmement satisfaisants le sont d'autant plus que, sur ces 13 cas, il y a eu deux césariennes et trois applications de forceps. Il ne s'agit donc pas d'accouchements normaux. Nous devons ajouter que pour les femmes de la première catégorie amenées en plein travail, les rares cas de survie de la mère ou de l'enfant ont suivi des interventions très graves. Nous avons donc tout lieu de penser que si toutes les femmes avaient été amenées avant le début de leur travail, nous aurions pu obtenir des résultats aussi satisfaisants que ceux constatés pour les cas de la deuxième série.

Quelques personnes enfin nous sont amenées

après l'accouchement effectué en ville, soit que la délivrance ne soit pas faite, soit qu'une grave complication soit survenue. C'est dans ces conditions que la mortalité pour la mère est la plus effroyable puisque pour les huit femmes de cette catégorie nous avons eu à déplorer 5 décès.

* * *

Quelles conclusions tirer d'une pareille statistique, c'est que trop peu de femmes indigènes viennent accoucher à l'hôpital, 70 cas en cinq ans, donnent une moyenne annuelle infime pour une agglomération comme Tunis et sa banlieue. Les quelques femmes qui sont venues à l'hôpital avant l'accouchement sont pour la plupart des détenues ; les autres des femmes d'employés de l'hôpital.

Quelques visites en ville nous permettent d'affirmer qu'un nombre trop considérable de femmes indigènes meurent chez elles des suites de couches ; les constatations de nos confrères viendront sans doute confirmer les nôtres.

Trop d'enfants meurent, trop de femmes succombent, toutes souffrent inutilement, d'autant que l'accouchement et la délivrance ne sont pas un terme à leurs souffrances. En effet, à la suite de ces accouchements laborieux et compliqués nous voyons survenir toutes sortes de complications qui eussent été évitées par une surveillance éclairée de la grossesse et de l'accouchement : métrites, périmétrites, sal-

pingites, qui nécessiteront souvent des interventions secondaires et entraîneront une stérilité définitive, fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, d'une cure difficile, et qui font de ces pauvres femmes, de véritables infirmes ; déchirures du périnée, prolapsus, atrésie vaginale, etc...

En ce qui concerne les enfants qui naissent après avoir souffert, beaucoup meurent dans les quelques jours qui suivent l'accouchement.

Pour parer à des faits aussi regrettables, les moyens ne manquent pas. Il en est de théoriques, et d'un peu illusoires, tels les cours et les conférences sur l'éducation sexuelle, sur l'hygiène, les tracts, les articles dans les journaux. Il en est d'autres, au contraire, qui nous paraissent plus pratiques mais qui ne peuvent malheureusement être réalisés sur une grande échelle faute d'argent : création de maternités pour les femmes indigènes ; création de consultations externes pour femmes enceintes dans les hôpitaux et les dispensaires ; des primes pourraient être accordées aux personnes qui viennent accoucher dans ces hôpitaux et une Goutte de Lait annexée à ces services serait réservée aux mères ayant accouché à l'hôpital ou ayant été suivies à la consultation pendant leur grossesse.

Rien ne s'opposerait à ce que les femmes le désirant puissent accoucher à domicile, lorsque les examens antérieurs permettaient de prévoir un accouchement normal ; dans le cas contraire, les sages-femmes attachées aux maternités, faisant en même

temps office de dames visiteuses pourraient se rendre à domicile pour suivre l'accouchement et en cas de complication, diriger les malades sur l'hôpital.

Le problème des sages-femmes et des matrones domine toute la question. Son importance est énorme car la matrone est trop souvent la cause des désastres observés par son ignorance, sa malpropreté et ses interventions intempestives. On ne doit plus accorder d'autorisations d'exercer qu'à des sages-femmes diplômées et on doit leur rappeler les limites des fonctions qu'elles sont appelées à exercer : nous avons eu l'occasion d'observer dans plusieurs cas des tétanisations utérines consécutives à des injections d'ergotine ou de pituitrine employées sans prescription médicale, contrairement à la loi. Des primes pourraient être accordées aux sages-femmes diplômées ou tolérées qui dirigeraient les femmes sur l'hôpital et des mentions spéciales à celles qui en enverraient le plus ; surtout en cas de dystocie, et les meilleures d'entre elles pourraient être enrôlées et appointées comme sages-femmes visiteuses. Quel que soit le montant de ces indemnités et de ces traitements, qui ne s'élèverait jamais à des sommes considérables, la dépense serait largement compensée pour le pays, par le nombre considérable de vies humaines récupérées. Par contre, des mesures très sévères seraient appliquées à celles qui enfreindraient les règlements en vigueur. Des médecins-inspecteurs et en particulier les médecins muni-

cipaux chargés d'établir les causes de décès, signaleraient tous les cas de mort consécutifs à des accouchements et une enquête établirait les responsabilités. Tel est le projet très rapidement esquissé, que nous envisagerions pour remédier à l'état de choses actuel. On pourrait nous objecter que, étant donné la mentalité et les coutumes indigènes qui retiennent la femme chez elle, les maternités seront vides et les sages-femmes sans emploi. Nous répondrons que le jour où ces services seront aménagés et confiés à des médecins compétents et habiles, ils seront rapidement au-dessous des besoins de la clientèle qu'ils auront eux-mêmes créée. Ces faits sont vérifiés parce que nous avons pu constater à l'Hôpital Sadiki pour les services récemment organisés. Qu'il s'agisse de vénéréologie, d'oto-rhino-laryngologie ou de stomatologie, nous avons vu le nombre des malades ressortissant à ces spécialités, aussi bien femmes que hommes, quintupler en l'espace de quelques mois. On peut donc affirmer qu'il en sera de même pour les femmes indigènes le jour où l'on créera à leur intention des maternités et des consultations pour femmes enceintes. »

Et c'est devant cet état que l'on essaie, petit à petit, d'attirer les femmes enceintes, de faire l'éducation des matrones. Une partie des mesures préconisées par le Dr Brun a été mise en pratique :

- Une prime de 50 francs est donnée à chaque femme qui vient accoucher à la maternité ;
- On octroie un trousseau pour l'enfant ;

— On remet à la sage-femme qui amène sa cliente à l'hôpital, des honoraires équivalents à ceux qu'elle aurait pu réclamer en ville.

Sans doute, le nombre des accouchements n'étant vraisemblablement pas nombreux, le montant annuel du budget pour un pareil crédit de propagande ne dépassait pas 6.000 francs.

Il faut bien avouer que nombre de matrones furent plus sensibles aux primes qu'on leur octroyait qu'aux conseils qu'on essayait de leur prodiguer. Cependant, au bout de quelques années, les résultats dépassèrent de beaucoup ce que l'on pouvait espérer d'un tel budget de propagande : nous n'en voulons comme preuve que la communication des D^{rs} Brun et Scemla, parue en 1928 dans la *Tunisie médicale* sur le « Mouvement de la Maternité de l'Hôpital Sadiki de 1925 à 1928 ».

	Accouchements	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale
1925	48	3	15
1926	24	1	15
1927	50	5	14
1928	60	6	16
	182	14	55

soit :

Accouchements	182
Mortalité maternelle	14 - 7,6 %
Mortalité fœtale	55 - 30,2 %

En détail, pour chaque année, on trouve :

	1 ^{re} catégorie Femmes venues volontairement accoucher à l'hôpital	2 ^e catégorie Femmes contraintes à entrer à l'hôpital pour un long travail infructueux
1925	24	24
1926	14	10
1927	26	24
1928	34	26

Il y a donc, dans l'ensemble, progrès sensible puisque, pour la seule année 1928, le nombre des accouchements a été de 60, c'est-à-dire presque l'égal du chiffre total des accouchements de la première statistique qui s'étale sur 5 années.

Par ailleurs, deux faits essentiels doivent être retenus :

- 1^o la mortalité maternelle a considérablement diminué puisqu'elle est passée de 25,2 % à 7,6 % ;
- 2^o le nombre des femmes venues volontairement accoucher à la maternité a été très nettement augmenté puisqu'il est passé de 13 à 98.

C'est là un fait capital absolument nouveau dont il faut souligner l'importance. En même temps qu'il explique l'amélioration considérable de la mortalité globale, comme nous allons le voir dans un instant, il témoigne d'un mouvement encore timide il est vrai, mais assez net qui commence à se manifester parmi

les femmes arabes en faveur de l'accouchement en milieu hospitalier.

L'examen des résultats obtenus dans ces deux catégories de femmes nous donne les chiffres suivants :

1^o Catégorie des femmes ayant accouché à la maternité de leur propre gré.

Accouchements	....	98
Mortalité maternelle	.	0
Mortalité foetale	....	2 (macérés-hérédosyphilitiques)

Il faut d'ailleurs remarquer qu'il ne s'est pas agi, chaque fois, d'accouchements normaux et, si l'on dépouille la statistique à ce point de vue, on relève :

Accouchements normaux	.....	75
Césariennes conservatrices	.....	13
Versions	.....	2
Forceps	.....	5
Extractions du siège	.....	3

Il n'en résulte pas moins que ces 98 femmes sont toutes parties bien portantes et avec des enfants vivants (sauf les deux cas de macéré).

2^o Catégorie des femmes venues à la maternité après un travail infructueux à domicile et datant de plusieurs jours.

Nombre d'accouchements	.....	84
Mortalité maternelle	.....	14 soit 16,6 %
Mortalité foetale	.....	53 soit 62,8 %

Les interventions pratiquées ont été les suivantes :

Accouchements normaux	12
Césariennes suivies d'hystérectomie	4
Versions	20
Forceps	22
Basiotripsies	3
Embryotomies céphaliques.....	9
Extractions du siège	6
Hystérectomie pour ruptures utérines	6

Les 14 décès ont eu pour cause :

1925. Une hémorragie pour inertie utérine. Femme trouvée sur la voie publique ayant déjà expulsé son fœtus mort.

Une infection puerpérale foudroyante avec décès au 3^e jour.

Un accident gravido-cardiaque.

1926. Une hémorragie de placenta prævia.

1927. Trois ruptures utérines pour présentation de l'épaule négligée.

Une infection puerpérale avec décès au 26^e jour.

1928. Une infection puerpérale avec asystolie. Décès au 10^e jour.

Une syncope anesthésique (éther). Femme exténuée par un travail de cinq jours avec fœtus mort.

Une infection puerpérale avec décès au 2^e jour.

Une rupture utérine pour présentation de l'épaule négligée.

Un décès pour choc hémorragique deux heures après l'accouchement.

Un accident gravido-cardiaque.

A ces chiffres, il faut ajouter celui des femmes entrées à l'hôpital pour infection puerpérale du

post-partum et dont les résultats ne sont guère plus encourageants :

1925	4 entrantes	1 décès
1926	7 entrantes	2 décès
1927	11 entrantes	0 décès
1928	15 entrantes	0 décès

Tels sont les tristes résultats obtenus pour cette catégorie de femmes venues, contraintes et trop tard, à l'hôpital. Il contraste étrangement avec les précédents. Les chiffres sont assez éloquentes et se passent malheureusement de tout commentaire.

Désormais la progression des accouchements à l'Hôpital Sadiki va augmenter d'année en année :

En 1930.....	193 cas
En 1932.....	306 cas

mais on constate aussi que la proportion des accouchements dystociques est de 42,5 %. Dans un article écrit sur « l'Histoire et mouvement de la Maternité de Sadiki », par le Dr Scemla en mars 1936 dans la *Tunisie médicale*, on constate que :

« Ce qui frappe, c'est la proportion d'accouchements dystociques particulièrement élevée, 42,5 %, si on la compare non seulement à celle de France qui n'est que de 8 % mais aussi à celle de la « Maternité » d'Alger qui est de 28 % et même à celle des différentes maternités du Maroc qui sont loin de l'atteindre.

Les interventions pratiquées pour ces 425 accouchements dystociques ont été les suivantes :

Versions	74 soit 6,8 %
Forceps	155 soit 1,53 %
Basiotripsies	22 soit 2 %
Embryotomies	43 soit 4 %
Césariennes conservatrices	48 soit 4 %
Césariennes suivies d'hystérectomie ..	20 soit 1,8 %
Hystérectomies pour rupture utérine..	21 soit 15 %

Pourquoi tant d'accouchements dystociques et pourquoi les femmes musulmanes en couches ne viennent-elles que contraintes par un accouchement laborieux ? Nous croyons pouvoir l'expliquer par ce fait que la naissance chez les Musulmans, comme chez les Israélites tunisiens, est considérée comme une fête religieuse à laquelle participe toute la famille. Et c'est pourquoi pendant longtemps encore les femmes ne viendront pas aussi nombreuses qu'on serait tenté de le croire, accoucher dans un hôpital.

Ce que nous venons de lire sur l'état effroyable dans lequel se trouvent encore trop de femmes en couches qui viennent à Sadiki nous permet de comprendre combien d'opérations par trop mutilatrices, comme l'hystérectomie suivant une césarienne ont été pratiquées. Il n'est pas douteux que l'apparition de la césarienne basse devait en diminuer le nombre. Cette dernière opération a été pratiquée à Sadiki dès que des statistiques assez importantes ont été publiées en France et à l'étranger, après essais de l'opération de Portes et de tentative d'exclusion de la cicatrice.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention ici de faire l'histoire des césariennes corporéales que l'on trouve dans tous les Traités classiques, ni de toutes les opérations qui ont essayé de remédier aux inconvénients et à l'impossibilité même de la césarienne corporéale dans les cas impurs.

Les circonstances présentes qui, depuis 3 mois, nous fixent à la frontière tripolitaine ne nous ont pas permis de faire toutes les recherches bibliographiques que nous nous promettions de faire primitivement.

Interne depuis 3 ans 1/2 à l'Hôpital Sadiki, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer les premières césariennes basses transverses par notre maître le Dr Brun qui, après en avoir réglé la technique, permit à ses assistants et à ses internes de la faire à leur tour. Et c'est parce que nous avons été étonné de la simplicité de cette technique dans tous les cas, de l'efficacité de ses résultats, que nous avons demandé à notre maître s'il voulait bien nous accorder d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

* * *

C'est le 11 février 1937 que le Dr Brun, directeur et chirurgien de l'Hôpital Sadiki, pratiqua sa première césarienne basse à incision transversale, opérant dans un cas pur, l'utérus ayant été extériorisé, il se proposait de pratiquer une césarienne corporeale classique lorsque l'idée lui vint d'inciser transversalement le segment inférieur. Cette incision lui apparut tout de suite réunir les avantages de la césarienne basse classique (à incision verticale), avec l'aisance et la simplicité qui accompagnent la césarienne corporeale.

L'incision ainsi pratiquée, l'intervention fut sans histoire, l'extraction du fœtus et du placenta facile, les sutures utérines commodés et efficaces, la péritonisation parfaite. Les suites opératoires furent également normales. Satisfait de cette technique, qu'il croyait d'ailleurs nouvelle, notre maître fit des recherches bibliographiques. Elles lui révélèrent que plusieurs chirurgiens avaient utilisé avant lui cette méthode avec d'excellents résultats. Après avoir pris connaissance des différentes variantes, il mit au point l'opération qui fut utilisée pour vingt césariennes pratiquées dans son service. Ces vingt observations furent collationnées par les Drs Brun et Scemla dans un article qu'ils se proposaient de publier et dont nous nous inspirerons dans certains chapitres de ce travail. En effet, bien que datant

déjà de plusieurs années, la césarienne basse avec extériorisation de l'utérus et incision transversale est peu connue, et elle n'a pas acquis en tout cas, une réputation en rapport avec ses avantages incontestables.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le début de l'opération est exactement superposable à celui de la césarienne haute :

- Anesthésie générale.
- Trendelenbourg très léger.
- Incision de laparatomie médiane, sous et sus-ombilicale en partant du pubis.
- Extériorisation de l'utérus.

A partir de ce moment, nous procédons de la manière suivante :

1^o Trois grandes compresses-champs sont placées dans l'abdomen derrière l'utérus et refoulent les anses intestinales : l'une, médiane, derrière le segment inférieur ; les deux autres, latérales, contre la base des ligaments larges, s'insinuant entre eux et la paroi abdominale.

Les deux lèvres de l'incision de laparatomie sont réunies à l'aide d'une pince à griffe derrière l'utérus.

Une large nappe est placée en travers et reçoit la face postérieure de l'utérus extériorisé. Celui-ci est lui-même entouré par une autre nappe épaisse, à la manière d'un turban qui recouvrirait ses deux faces,

ses bords et son fond. Le bord inférieur de cette nappe affleure la région du segment inférieur qui reste découverte.

2^o Incision transversale du péritoine pré-utérin d'un ligament rond à l'autre, à une hauteur variable, suivant la position de la tête ; si celle-ci est déjà fixée, l'incision sera aussi basse que possible à un travers de doigt du cul-de-sac vésico-utérin ; si au contraire elle est tout à fait mobile, l'incision se fera à la partie moyenne du segment inférieur.

Décollement léger du péritoine vers le haut et vers le bas, de manière à former deux lambeaux de deux à trois centimètres de hauteur.

Deux champs tétra sont placés parallèlement à l'incision séreuse et sont solidarisés avec elle à l'aide de quelques pinces.

A ce moment, un point essentiel de technique consiste à solidariser, à l'aide d'une pince, chaque ligament rond à chaque extrémité de l'incision, avec la paroi abdominale correspondante, de façon à supprimer l'interstice qui fait communiquer la région opératoire avec la grande cavité, interstice qui est d'ailleurs protégé en arrière par les compresse-champs placées dans l'abdomen.

3^o Incision transversale légèrement curviligne du segment inférieur, selon une ligne commençant à un travers de doigt des vaisseaux utérins droits et arrivant à un travers de doigt des vaisseaux utérins

gauches. Le niveau de l'incision variera donc, comme pour l'incision de la séreuse, suivant la position de la tête.

4^o Extraction du fœtus : tandis qu'un aide tient le fond de l'utérus, l'opérateur extrait très facilement la tête fœtale, qui apparaît dans l'incision, en insinuant son doigt entre elle et la lèvre de l'incision. Au besoin, le doigt pénétrant dans la bouche fœtale fera des tractions légères sur le palais pour faciliter cette extraction.

Lorsque l'incision est trop petite, un léger coup de ciseaux continuant l'incision curviligne, le prolongera, pour en éviter la propagation vers le bord utérin.

L'extraction du reste du fœtus se fait très aisément.

Un aspirateur puissant assèche immédiatement le champ opératoire, pendant que l'on sectionne le cordon entre deux pinces.

5^o Délivrance par expression.

Assèchement de la cavité par l'aspirateur et iodage de celle-ci.

Injection de post-hypophyse (20 μ) dans l'épaisseur du muscle utérin.

6^o Suture de l'utérus par une double ligne de points séparés au catgut n^o 3, l'une enfouissant l'autre et intéressant toutes deux la musculieuse.

7^o Suture de la séreuse bord à bord par un surjet à la Lambert au catgut n^o 1 et iodage.

Puis, *dans les cas purs* :

On débarrasse l'utérus de ses champs protecteurs, et après avoir changé de gants, on réintègre l'utérus dans la cavité abdominale que l'on referme *ad libitum* en trois plans ou par fils de bronze.

Dans les *cas impurs* :

Après la réintégration de l'utérus, on fait une exclusion de la plaie opératoire par le procédé suivant :

Chaque ligament rond est réuni à la lèvre correspondante du péritoine pariétal par trois points au catgut fin ; séparés de deux centimètres environ, commençant au point où le ligament rond rencontre la séreuse pariétale et se terminant à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous de la suture transversale de la séreuse pré-utérine.

Ainsi se trouve réalisée une gouttière séreuse dont les parois latérales sont constituées par les deux ligaments ronds solidaires du péritoine pariétal.

La partie inférieure de cette gouttière se trouve naturellement formée par le cul-de-sac de réflexion du péritoine pré-utérin sur la vessie, au point où il devient pariétal.

Vers le haut, la communication de cette gouttière avec la grande cavité sera fermée au moment de la réunion des lèvres de la plaie abdominale, par un point au catgut qui intéresse péritoine pariétal et péritoine pré-utérin.

Dans cette cavité, nettement séparée du reste de l'abdomen et dont le fond contient précisément la suture transversale de l'utérus, on place mèches et drain.

L'abdomen est ensuite refermé en trois plans.

Ainsi se trouve réalisée une véritable exclusion de la suture du segment inférieur avec drainage.

Caractéristiques essentielles.

En définitive, trois points essentiels caractérisent notre technique opératoire :

- L'extériorisation de l'utérus.
- L'incision transversale du segment inférieur et son mode de suture, ainsi que celui de la séreuse pré-utérine.
- L'exclusion de la suture du segment inférieur en cas de besoin.

L'EXTÉRIORISATION DE L'UTÉRUS.

Personne ne fera de difficultés pour admettre que, au point de vue de la sécurité, l'extériorisation de l'utérus permet dans tous les cas d'isoler beaucoup mieux la grande cavité.

Les risques d'infection du péritoine au cours de l'extraction du fœtus sont inexistants : on ne peut en dire autant de ceux que fait courir, malgré toutes les précautions d'usage, l'intervention sur l'utérus resté dans la cavité abdominale.

L'INCISION TRANSVERSALE
DU SEGMENT INFÉRIEUR.

Tout d'abord, avant d'envisager ses avantages, levons l'hypothèque qui pourrait peser sur elle et qui est, sans conteste, la blessure possible des vaisseaux utérins. Objection essentielle et logique qui suffirait à la condamner si nos constatations ne nous permettaient d'affirmer que ce risque est pratiquement négligeable.

D'une part, lorsque le segment inférieur est extériorisé et refoulé par les champs opératoires, il est facile de se rendre compte que la présentation rend plus convexe la face antérieure de l'utérus. Les vaisseaux qui cheminent sur le bord de cet organe sont, de ce fait, déjetés en arrière ; ils tendent à se rapprocher l'un de l'autre sur la face postérieure en laissant le champ libre. Après l'incision transversale, au moment de l'extraction de la tête, ils glissent complètement en arrière et disparaissent du champ opératoire.

D'autre part, si par impossible, les vaisseaux utérins étaient atteints, leur ligature n'offrirait aucun inconvénient ; il nous est arrivé, au cours de l'une de nos interventions, de les lier délibérément des deux côtés sans que pour cela nous ayons eu le moindre accident post-opératoire.

Ainsi donc, non seulement la blessure des vaisseaux utérins est rare au cours de l'incision trans-

versale, mais encore leur ligature ne peut constituer une objection valable. Cette constatation nous conduit même à penser que la double ligature des utérines pourrait être envisagée comme un traitement héroïque de l'hémorragie utérine par inertie irréductible.

L'incision transversale du segment inférieur offre de plus les avantages suivants :

- la vessie, refoulée dès le décollement du péritoine, disparaît du champ opératoire et ne risque jamais d'être blessée ;
- il n'est pas nécessaire, comme pour l'incision verticale, que le segment inférieur soit formé (cf. Keller et Van Diest) ;
- il est inutile de faire un décollement important du péritoine pré-utérin : le risque d'ouverture des gros plexus veineux de la région inter-vésico-utérine en est très diminué.

Et surtout :

Il est possible de faire l'incision à tous les niveaux du segment inférieur, ce qui facilite grandement l'extraction du fœtus.

En cas de placenta prævia antérieur, l'avantage de pouvoir choisir le point d'incision de manière à refouler le placenta vers le bas pour extraire le fœtus est très appréciable ; nous avons pu nous en rendre compte au cours de deux opérations : l'incision verticale nous aurait fait tomber en pleine zone d'insertion placentaire (obs. n^{os} 13 et 20).

Il est à remarquer que l'incision transversale est d'autant plus grande que son niveau est plus élevé sur le segment inférieur, tandis que l'incision verticale est forcément limitée en haut par le décollement du péritoine et en bas par la vessie.

Mode de suture.

Solidité et valeur fonctionnelle de la cicatrice.

Nous n'avons, pour le moment, qu'une observation de grossesse développée dans un utérus césarisé transversalement ; il s'agit de l'observation n^o 4 dont voici le résumé :

Trois mois après une césarienne basse transversale pour présentation de l'épaule, survient une grossesse qui est menée à terme très normalement.

Le fœtus, cette fois, se présente en sommet, et l'accouchement se produit par les voies naturelles.

Le travail n'a duré que 10 heures ; la dilatation s'est effectuée normalement et une délivrance artificielle faite pour rétention placentaire nous permet d'explorer la cicatrice qui apparaît parfaitement souple et solide.

Cette observation est particulièrement édifiante en ce qui concerne la solidité et la valeur fonctionnelle de la cicatrice.

Au surplus, notre mode de suture — deux lignes de points musculo-musculaires — est celui qui est généralement employé dans l'incision verticale : il

n'y a pas de raison de penser que la cicatrice en sera moins solide.

Keller, dans un travail récent (*Gynécologie et Obstétrique*, novembre 1938) signale des observations superposables à la nôtre. Par contre, Fournier en a publié une (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, octobre 1938) où la cicatrice transversale, formant un bloc fibreux, faisait obstacle à la progression de la tête ; mais il s'agissait là d'une malade qui avait antérieurement subi une césarienne à la Dœrfler dont la technique diffère précisément de la nôtre par le mode de suture.

L'EXCLUSION DE LA CICATRICE.

Elle donne une sécurité incontestable dans les cas infectés. Mais ce procédé n'est pas particulier à la césarienne basse transversale : il a fait ses preuves dans la technique de la césarienne basse classique.

* * *

La première césarienne appliquée à un cas pur ayant donné des résultats excellents à tous égards, on l'a essayée dans des conditions plus difficiles (cas impurs, dystocies, placenta prævia).

La lecture des observations que nous publions permettra de voir dans quelles conditions s'est présentée l'indication opératoire, quels incidents ont pu être consécutifs à ces indications et les résultats que nous avons obtenus.

AVANTAGES ET INDICATIONS

La lecture attentive de ces observations nous permet de constater qu'il y a eu, sur 20 cas :

- 8 cas purs ;
- 10 cas impurs (membranes rompues depuis 3 à 18 h.) ;
- 2 cas infectés (températures à 37,8 et 38,4).

Si nous les considérons maintenant au point de vue indication, nous nous apercevons que, sur 20 césariennes :

- 19 ont été pratiquées pour bassin rétréci ou déformé ;
- 1 seule pour placenta prævia.

Quels sont les avantages de cette technique dans ces différents groupes ?

Elle s'adapte à tous les cas purs, car elle est simple, sûre et rapide.

Elle est simple parce que le décollement du péritoine pré-utérin est facile, et que l'extériorisation facilite l'extraction fœtale et les sutures.

Elle est sûre car elle évite les hémorragies par décollement vésical, et l'extériorisation permet de con-

trôler l'hémorragie en cas de blessure des vaisseaux utérins.

Elle est rapide parce que les temps en sont simples et faciles, et le temps opératoire n'a jamais excédé minutes.

Elle s'adapte à tous les cas impurs. En effet :

La grande cavité abdominale est protégée par 3 champs ;

La région opératoire est isolée de cette cavité péritonéale en solidarissant le péritoine pré-utérin à la paroi abdominale à l'aide de deux pinces ;

Chaque partie de l'incision est très bas placée, et cette dernière peut s'appliquer sur toute sa longueur, contre la paroi antérieure abdominale, favorisant ainsi les adhérences isolantes.

* * *

La césarienne basse transverse a les mêmes indications que la césarienne basse à incision verticale, c'est-à-dire par ordre de fréquence :

Les bassins limités ou rétrécis ;

Les placentas prævia ;

Les dystocias des parties molles ;

Les présentations de l'épaule (lorsque la version est impossible) ;

Les présentations de la face, ou l'excès de volume du fœtus ;

Les exostoses pelviennes.

L'incision transversale n'a pas élargi les indica-

tions de la césarienne basse en général. Il faut cependant remarquer qu'elle présente quelques avantages dans certains cas.

En effet :

Si, pour l'exécution d'une césarienne basse longitudinale il est favorable que le segment inférieur soit bien développé, cette obligation ne joue aucun rôle pour la C. B. T.

Dans les cas où la stérilisation devient nécessaire, cette intervention est facilitée par l'extériorisation, et les trompes sont accessibles sans aucun mouvement supplémentaire, et sans danger d'infection, le liquide amniotique et le sang s'étant écoulés en dehors de la cavité abdominale.

En cas de fibrome de la face antérieure du corps, ou de tumeur *prævia*, la latitude d'inciser sur toute la hauteur du segment permet d'éviter la tumeur.

Si on opère pour un placenta *prævia*, le même avantage permet d'inciser au-dessus de l'insertion placentaire, et d'extraire l'enfant sans traverser cet organe.

Enfin, en cas de malformation utérine, l'incision transversale présente encore quelques avantages.

Telles sont les indications de cette césarienne basse transverse.

Une seule contre-indication peut se présenter, c'est une tumeur du segment inférieur rendant celui-ci inaccessible.

RÉSULTATS

Dans les suites opératoires de nos vingt opérées, nous relevons :

- 2 phlébites, chez la même femme ;
- 5 congestions pulmonaires ;
- 2 infections de la paroi ;
- 1 hémorragie utérine.

Mais ces complications ne sont pas le fait de la technique.

Une seule femme a fait des complications phlébiques, elle était arrivée infectée, les membranes rompues depuis 3 heures avec une température à 37°8, et cette légère infection suffisait à expliquer les phlébites, même avec un accouchement normal, en tous cas, cette complication ne semble pas être le fait de l'intervention, puisque nous avons opéré sur des utérus plus infectés sans provoquer de phlébites.

Cinq mères ont fait des congestions pulmonaires d'ailleurs bénignes, l'alcool intra-veineux faisant merveille dans ces organismes vierges d'alcool. Cette complication est aussi fréquente, chez nos malades indigènes, pour toute intervention abdominale sous anesthésie.

Pour qui connaît le genre de clientèle qui fréquente l'hôpital, les suppurations n'étonnent plus : dues d'une part à l'état de la peau chez les Bédouines, rugueuse, écailleuse et malpropre ; d'autre part à l'incompréhension de ces femmes dont le premier geste, à leur réveil, consiste à glisser la main sous le pansement, afin de vérifier l'étendue de l'incision, et l'œuvre du chirurgien.

Il reste comme dernière complication une hémorragie par inertie utérine, mais n'avons-nous pas craint souvent cette complication même après des accouchements par voies naturelles ?

En résumé, il ne semble pas que l'on puisse accuser cette césarienne de déterminer des complications autres que celles dues d'une part à l'anesthésie et à l'ouverture de l'abdomen, et d'autre part, au fait d'accoucher.

OBSERVATIONS

1^{re} OBSERVATION. — *Haddah bent Bouraoui*, n° 39/1.

I-pare à terme, dont le travail débute le 11 février 1937 à 1 heure du matin.

A l'examen, on trouve un gros utérus dont le fond atteint le bord des fausses côtes. La tête est en bas, débordant le plan de la symphyse. Les B. D. C. sont perçus au foyer normal.

Toucher vaginal ; dilatation de 5 fr. Poche des eaux intacte ; tête à peine accessible au doigt. Le promontoire est très saillant à 8 cm. Lignes innommées senties sur toute leur étendue. Sacrum redressé.

A 9 heures du matin, malgré les contractions subintran-tes, la tête ne progresse pas ; elle déborde franchement le plan de la symphyse. La dilatation est complète ; la poche des eaux, toujours intacte.

Intervention à 10 heures du matin, sous anesthésie générale à l'éther ; 2 cgr. d'ergotine sont injectés au moment de l'ouverture de l'abdomen.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Protection très soigneuse du péritoine et du fond utérin.

Incision transversale du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement vers le haut jusqu'à la

limite d'adhérence physiologique. On constate un petit hématome sous-séreux en avant et à gauche du segment inférieur. Incision transversale de celui-ci.

Ouverture de la poche des eaux. Extraction du fœtus vivant.

Délivrance.

Drain dans l'utérus, sortant par le vagin. Surjet au catgut sur toute la tranche utérine, renforcé par des points séparés. Suture du péritoine, également en surjet au catgut.

Petit drain (n° 3) pré-utérin à travers la paroi abdominale. Fermeture de celle-ci en un seul plan aux fils de bronze.

(Le fœtus a été légèrement blessé par le bistouri au niveau de la région occipitale. Suture au fil de lin : 3 points.)

A la contre-visite, malade assez agitée ; langue un peu sèche ; pouls rapide mais bien frappé ; ventre souple.

Le drain intra-utérin a donné un peu de liquide séro-sanguinolent puis du sang avec des caillots.

Le lendemain soir, le drain est évacué. L'état général de la malade est déjà très amélioré, et, dans la nuit du deuxième au troisième jour, elle émet spontanément des gaz.

Température 37°2.

Les suites sont absolument normales, sauf une petite ascension thermique à 38°8 le sixième jour.

Ablation des bronzes le onzième jour. Réunion *per primam*.

2^e OBSERVATION. — *Turkia bent Hamda*.

I-pare à terme, en observation dans le Service depuis un mois pour bassin rachitique généralement rétréci. La ma-

lade a reçu des injections vaginales quotidiennes au Dakin.

Début du travail le 15 avril 1937 à midi. Rupture spontanée des membranes à 15 heures ; liquide méconium. Spasmalgine : 1 cmc.

A 17 heures, contractions très énergiques. La tête est en bas, mobile, débordant le plan du pubis ; elle est très ossifiée. Le dos est à droite. La rétraction utérine rend l'auscultation très difficile.

Toucher vaginal : tête non engagée ; col dilaté comme deux francs ; bassin généralement rétréci ; promontoire haut ; accessible à 11 cm. ; ligne innommée sur toute son étendue ; sacrum rétréci.

A 17 h. 45, l'absence de tout engagement de la tête malgré des contractions utérines subintrantes, conduit à pratiquer une césarienne basse transversale sous anesthésie générale à l'éther.

Incision, laparatomie médiane sus et sous-ombilicale allant jusqu'au pubis. Extériorisation de l'utérus, derrière lequel trois grandes compresses refoulent les anses intestinales.

Après avoir placé la valve de Rochart, on pratique une incision transversale du péritoine suivant une ligne située sur la face utérine à un travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, allant d'un bord à l'autre de l'utérus.

Décollement du péritoine, la lèvre inférieure qui entraîne la vessie est réclinée sur la valve sus-pubienne ; la lèvre supérieure rendue libre par le décollement est réclinée vers le haut à l'aide de pinces de Kocher qui fixent en même temps un champ pré-utérin. Ce champ recouvre aussi les bords de l'utérus et sa face postérieure à la manière d'un turban.

Incision transversale du segment inférieur. Extraction d'un fœtus vivant, couvert de méconium. Délivrance immédiate.

On place un drain qui réunit la cavité utérine au vagin et on pratique la suture de la plaie utérine par points séparés au catgut n° 3.

Points totaux qui intéressent muscles et muqueuses.

Un surjet musculaire enfouit la première ligne de suture.

On ferme ensuite les deux lèvres de la plaie séreuse par un surjet au catgut n° 1.

Fermeture de la paroi en trois plans. Crins sur la peau. Suites opératoires normales. Cependant la température se maintient autour de 38°.

La malade évacue des gaz au deuxième jour, mais la plaie utérine présente, au niveau de son tiers inférieur, une induration douloureuse qui fait pressentir une suppuration.

Au 9^e jour, la fièvre monte à 40° ; on désunit l'angle inférieur de la plaie ; il s'écoule une grande quantité de pus. Pansement au Dakin.

Le jour suivant, la plaie suppure abondamment mais l'état général est excellent et la température se maintient autour de 38° et devient normale le 24^e jour.

Le 26^e jour, nouvelle poussée de fièvre à 38° ; phlébite gauche, sangsues, immobilisation du membre ; la fièvre diminue et dix jours plus tard, la phlébite rétrocede.

Subitement, le 40^e jour (24 mai), la température remonte à 38° : phlébite droite ; même traitement ; évolution rapide vers la résolution, tandis que la fièvre retombe à 37° le 44^e jour.

Le 11 juin, le 59^e jour, rétrocession complète de l'œdème des membres inférieurs. Plaie de laparatomie guérie.

Toucher vaginal : col très haut inaccessible ; corps difficile à percevoir, paraissant plaqué contre la paroi abdominale antérieure.

L'opérée sort guérie le 18 juin 1937.

3^e OBSERVATION. — *Habiba bent Ali.*

VII-pare. 1^{re} grossesse : accouchement normal, long travail enfant vivant.

2^e grossesse : accouchement normal, enfant vivant.

3^e grossesse : accouchement normal ; travail de trois jours ; expulsion spontanée d'un enfant mort.

4^e grossesse : avortement.

5^e grossesse : avortement.

6^e grossesse : accouchement rapide au 8^e mois enfant vivant.

7^e grossesse : grossesse actuelle.

Entre à l'Hôpital Sadiki le 12 mai 1937 ; prétend être en travail.

Premier examen à 11 heures ; palper : H. U. 37 ; tête en bas, mobile ; dos à gauche ; B. D. C. perçus.

Toucher vaginal : promontoire très facilement accessible à 10 cm. ; ligne innominée sentie sur toute son étendue ; sacrum plat ; col long, épais, déhiscent, au travers duquel on sent une tête fœtale haute, en gauche transverse avec suture sagittale très rapprochée du pubis.

Au palper, la tête ne déborde pas le plan de symphyse, mais elle est tangente.

Malgré l'angustie pelvienne très prononcée, on décide de

tenter l'épreuve du travail, en raison des antécédents de la malade.

A 16 heures, dilatation de deux francs, membranes rompues ; tête toujours haute ; une bosse séro-sanguine se forme aux dépens du pariétal postérieur.

A 19 heures, dilatation de cinq francs ; contractions très suivies, très vives ; tête toujours haute.

A 23 heures, contractions très intenses ; agitation ; 1 cmc. de CHL morphine.

A 10 heures, la situation était inchangée, malgré la dilatation complète, on décide de pratiquer une césarienne basse.

Rachianesthésie haute (première lombaire : 2 cmc. 5 de vérocaïne à 5 %) à 10 h. 30.

Malade en position de Trendelenbourg.

Incision de laparatomie médiane, allant du pubis à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ouverture de la cavité abdominale et extériorisation de l'utérus dont la paroi antérieure présente plusieurs foyers ecchymotiques au niveau du segment inférieur.

On place derrière l'utérus trois grandes compresses qui protègent les anses intestinales. Un champ épais est placé transversalement derrière l'utérus et reçoit sa face postérieure.

Sur la face antérieure de l'utérus on trace une incision curviligne du péritoine pré-segmentaire, allant d'un bord à l'autre de l'utérus. Sa convexité inférieure arrive à un travers de doigt au-dessus du bord du cul-de-sac vésico-utérin.

Décollement du péritoine au doigt et au ciseau courbe, en bas jusqu'à la vessie, en haut jusqu'à la limite d'adhérence physiologique.

L'utérus est alors entouré de plusieurs épaisseurs de champs à la manière d'un turban qui couvre toutes ses faces. Le bord inférieur du champ le plus superficiel est solidarisé à l'aide de plusieurs pincés avec la lèvre supérieure du péritoine décollé. La lèvre inférieure du péritoine est aussi recouverte d'un petit champ tétra auquel elle est fixée par des pincés. Ce champ tétra vient rejoindre le champ supérieur aux deux extrémités de la ligne d'ouverture de la séreuse.

Incision transversale du segment inférieur au niveau de sa partie médiane, d'un ligament rond à l'autre : on tombe sur l'épaule foetale recouverte de méconium et de liquide amniotique fétide ; l'incision est donc trop haute ; on essaie en vain de remonter le fœtus pour que la tête se présente au niveau de la brèche utérine. On se décide finalement à faire une extraction podalique tête dernière, après avoir abaissé un pied et fait évoluer le fœtus dans la cavité utérine.

Fœtus vivant, pesant 3.200 gr., qui crie aussitôt.

Extraction du placenta ; rétraction utérine immédiate, sans hémorragie.

On s'aperçoit alors en examinant l'incision segmentaire, que celle-ci s'est agrandie au point d'empiéter sur le bord utérin droit et le quart de la face postérieure, si bien que l'utérus n'est plus rattaché au vagin que par son bord gauche et la partie gauche de sa face postérieure. Ce délabrement important est le résultat des manœuvres un peu trop rapides d'extraction du fœtus. Les pédoncules utérins sont intéressés par la déchirure, si bien que l'on est obligé de les lier tous les deux.

Suture de la plaie segmentaire par points séparés musculo-muqueux au catgut n° 3.

Seconde ligne de suture enfouissant par points musculo-musculaires.

Ces deux lignes intéressent naturellement aussi le bord droit et la face postérieure de l'utérus dont le péritoine est également suturé par un surjet au catgut fin.

Réintégration de l'utérus.

Tandis qu'un aide tient suspendue la lèvre supérieure du péritoine pré-utérin, on passe un catgut qui intéresse celle-ci et le péritoine pariétal de la grande cavité, au niveau du tiers inférieur de l'incision.

D'autres points au catgut solidarisent le péritoine pré-utérin avec le péritoine pariétal, excluant ainsi la cavité péritonéale.

On procède de même avec la lèvre inférieure du péritoine segmentaire si bien qu'on réalise de la sorte un véritable puits à parois sereuses dans le fond duquel on voit la ligne de suture du segment inférieur.

Mise en place de trois mèches utérines.

La paroi abdominale est ensuite suturée au-dessus des mèches en trois plans : séreux et musculo-aponévrotique au catgut ; cutané au crin.

Quelques points pariétaux ferment la ligne d'incision au-dessous du paquet de mèches.

Suites opératoires : premier jour, pas de fièvre, pas de vomissement, pouls calme et bien frappé.

Troisième jour : malade ballonnée ; lavage d'estomac qui ramène énormément de gaz ; pouls toujours calme ; pas d'incident pulmonaire ; bon aspect de la plaie ; la malade émet des gaz et va à la selle.

6^e jour : l'état de la malade se maintient bon, température oscillant entre 38° et 38°7 ; ablation des mèches et lavage au Dakin.

11^e jour : ablation des crins ; température 38°3.

15^e jour : température 40°2 ; frissons. Au palper, masse latéro-utérine gauche douloureuse avec placard d'induration de la paroi occupant toute la fosse iliaque du même côté ; glace ; pyoformine ; suppuration abondante par l'orifice de drainage.

20^e jour : la température tombe à 37°3 après deux accès fébriles ; résolution du placard abdominal ; suppression de la vessie de glace. Suppuration moins abondante. Etat général excellent.

28^e jour : il ne persiste plus qu'un orifice insignifiant qui ne donne plus. La malade sort guérie.

4^e OBSERVATION. — *Chérifa bent Ali*. N° 2797/142 A 4.

I-pare à terme, opérée le 1^{er} août 1937.

Premières douleurs le 31 juillet 1937.

A l'examen : utérus cordiforme avec présentation du tronc ; tête dans la fosse iliaque droite. B. D. C. perçus.

Toucher vaginal : bassin plat rachitique avec promontoire accessible à 11 cm. ; parties molles très résistantes ; col dilaté comme cinq francs ; poche des eaux intacte au travers de laquelle on sent une petite main.

A 8 h. 30, césarienne basse transversale sous anesthésie générale à l'éther.

Extraction prudente et lente d'un fœtus vivant tête dernière après version par manœuvres internes. Poids : 3.000 gr. Placenta : 600 gr.

2 cmc. d'ergotine.

Suture musculo-muqueuse en deux plans par points séparés.

Suites opératoires normales ; la malade quitte l'hôpital absolument guérie, le 23 août 1937.

Le 7 avril 1938, elle se présente à nouveau à la consultation accusant un retard de quatre mois : l'examen montre qu'il s'agit d'une grossesse dont le début remonte au mois de décembre 1937, c'est-à-dire quatre mois après sa césarienne.

Examinée et suivie à la consultation pré-natale de Sadiki, puis hospitalisée en septembre, cette malade présente, au terme de sa grossesse, une cicatrice abdominale normale, un utérus cordiforme parfaitement développé, non adhérent à la paroi abdominale et contenant un fœtus en présentation transversale comme lors de la précédente grossesse.

Une version par manœuvre externe est pratiquée avec succès et le 5 octobre 1938, à six heures du matin, la malade entre en travail avec une présentation céphalique en voie d'engagement.

Le travail se termine le même jour à 16 heures, par application de forceps pour arrêt de progression de la tête à la vulve. Il a donc duré dix heures au cours desquelles trois touchers vaginaux nous permettent de constater :

1° un col utérin parfaitement souple qui fait sa dilatation en 8 heures, puisque celle-ci est complète à 14 heures. A ce moment se produit la rupture spontanée des membranes ;

2° un engagement progressif de la tête, laquelle évolue normalement dans le bassin et se présente en occipito-pubienne à la vulve. C'est alors que le ralentissement des contractions et la résistance périnéale nous conduisent à faire une application très banale de forceps qui permet d'extraire, sans aucune déchirure périnéale, un enfant vivant pesant 3.200 gr.

La délivrance ne s'étant pas produite deux heures après l'accouchement, il faut faire une extraction manuelle du

placenta, ce qui nous permet d'explorer la face interne de la cicatrice utérine :

A mi-hauteur du segment inférieur, la main reconnaît un épaississement linéaire transversal correspondant à la cicatrice et s'étendant sur cinq ou six centimètres, ne faisant aucune saillie dans la cavité utérine, absolument régulier, sans aucune zone déprimée.

Les suites de couches sont apyrétiques et normales. La malade quitte l'hôpital douze jours après son accouchement.

5^e OBSERVATION.—*Zina bent El Hadj Mohamed*. N^o 4004/5.

II-pare. Grossesse chez une ostéomalacique. Entrée le 2 novembre 1937.

1^{re} grossesse il y a cinq ans, accouchement normal. Depuis ce moment, la femme se plaint de douleurs lombaires et des membres inférieurs.

Examen : femme petite ; scoliose avec déformation très importante du thorax ; cuisse gauche fléchie presque à angle droit et ne pouvant être étendue ; utérus pointant dans l'abdomen. Dit souffrir depuis trois jours.

Toucher vaginal : bassin ostéomalacique très rétréci ; pubis en « bec de canard » très prononcé ; col haut incomplètement dilaté ; poche des eaux intacte ; présentation céphalique ; B. D. C. perçus.

Intervention d'urgence ; anesthésie générale à l'éther. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On est très à l'étroit en raison de la courte distance xypho-pubienne.

Extériorisation de l'utérus et incision du péritoine dans le cul-de-sac utéro-vésical. Dissolution du péritoine.

Section transversale du segment inférieur.

Extraction du fœtus puis du placenta.

Suture utérine au catgut n° 3 par points séparés. Deux plans de renforcement, puis surjet péritonéal.

Drain sous-pubien n° 3.

Bronzes sur la paroi.

Pendant l'opération et à la fin : ergotine 2 cmc., hypophyse, huile camphrée.

Suites opératoires normales.

Le 24 novembre 1937, sur la demande de son mari, la malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

6^e OBSERVATION. — *Manoubia ben Ali*. N° 4549/6.

XI-pare à terme. Entrée le 25 décembre 1937. Elle avait subi une symphysiotomie pour son 10^e accouchement.

Césarienne basse pour disproportion fœto-pelvienne modérée. Absence d'engagement de la tête fœtale malgré un travail de 12 heures.

Examen au moment de l'opération (11 h. 30) : H. U. 37 : tête en bas, facilement mobilisable, non engagée, débordant la symphyse pubienne. B. D. C. perçus à gauche ; contractions énergiques et suivies.

Au toucher : excavation vide ; dilatation complète ; membranes intactes ; promontoire haut, 11 cm.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision de laparatomie médiane sus et sous-ombilicale.

Extériorisation de l'utérus. Trois grandes compresses refoulent les anses intestinales.

Incision transversale du péritoine pré-utérin à 2 cm. au-dessus du fond du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement au doigt.

Incision transversale du segment inférieur.

Extraction du fœtus qui crie aussitôt (garçon : 3.700 gr.).

Extraction manuelle du placenta.

Suture de la plaie musculaire par deux plans de catgut n° 4, points séparés.

Sutures opératoires normales, mais congestion pulmonaire importante (température 39°) avec gros foyer broncho-pneumonique droit. Enveloppements sinapisés, alcool intra-veineux. Digitaline.

Sortie guérie le 14 janvier 1938.

7^e OBSERVATION. — *Badra bent Mohamed*. N° 205/8.

IV-pare. 1^{re} grossesse : enfant mort-né par application de forceps.

2^e grossesse : césarienne corporéale.

3^e grossesse : césarienne basse verticale selon le procédé classique.

4^e grossesse : grossesse actuelle.

En observation dans le service depuis le 15 janvier 1938.

On décide d'opérer dès les premières douleurs, le 24 janvier, en raison des antécédents de la malade et de l'état du bassin rachitique rétréci.

Anesthésie générale à l'éther.

Trendelenbourg.

Extériorisation assez facile de l'utérus après résection de quelques adhérences épiploïques lâches.

On trouve une cicatrice corporéale absolument normale se prolongeant avec la cicatrice verticale du segment inférieur, cette dernière beaucoup moins visible.

Le péritoine pré-segmentaire est facilement incisé transversalement ; son décollement est assez aisé, mais la séreuse est très mince par endroits.

Après incision transversale du muscle, hémorragie, facilement arrêtée, d'une grosse veine à l'angle droit de la plaie. Pas d'autre incident opératoire.

Extraction très aisée du fœtus vivant : 3.100 gr.

Les vaisseaux utérins sont indemnes.

Sutures habituelles du muscle utérin et de la paroi.

Suites apyrétiques et normales.

8^e OBSERVATION. — *Fatma bent Hmed*. N° 500/9.

III-pare. Un enfant mort-né par forceps et un prématuré.

Césarienne à terme au début du travail pour bassin rétréci, avec membranes rompues à la dixième heure.

Procédé habituel. Aucun incident opératoire.

On termine par une solidarisation de la brèche péritonéale avec le péritoine pariétal et mise en place d'un drain.

Ablation du drain au bout de 48 heures.

Suites normales et apyrétiques.

9^e OBSERVATION. — *Latifa bent Abdallah*. N° 2589/10.

I-pare à terme avec bassin rachitique généralement rétréci et utérus cylindrique. Présentation céphalique non engagée débordant le plan de la symphyse.

Après 18 heures de travail infructueux, la poche des eaux est encore intacte, on se décide à faire une césarienne basse transversale, le 1^{er} août 1938 à midi.

Anesthésie générale à l'éther. Procédé opératoire déjà décrit. Extraction d'un fœtus vivant pesant 3.000 gr. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Un seul incident opératoire à signaler : hémorragie d'une

branche transversale de l'artère utérine droite, hémostase facile par ligature.

Suites normales et apyrétiques.

10^e OBSERVATION. — *Farzis bent Mohamed*. N^o 2637/11.

IV-pare. Trois accouchements antérieurs à l'Hôpital Sadiki par application de forceps. Un fœtus mort-né.

En observation à l'hôpital pour bassin généralement rétréci, depuis le 5 août 1938.

Le 23 août, après un travail de 24 heures avec rupture prématurée des membranes, l'absence d'engagement de la tête malgré des contractions très violentes qui ont nécessité trois ampoules de spasmalgine, on se décide à faire une césarienne basse transversale sous anesthésie générale à l'éther.

Aucun incident opératoire, malgré une extraction laborieuse de la tête fœtale, l'incision ayant été faite trop haut sur le segment inférieur. Les vaisseaux utérins ne sont pas atteints.

Fermeture de la paroi au fil de bronze après pose d'un petit drain de sécurité à l'angle inférieur de la plaie.

Ablation du drain au bout de 48 heures.

Suites normales et apyrétiques.

11^e OBSERVATION. — *Mabrouka bent Hamda*. N^o 2607/12.

I-pare à terme. Bassin rachitique canaliculé.

Césarienne basse transversale pour non engagement de la tête après 12 heures de travail, poche des eaux rompue, dilatation de deux francs.

Anesthésie générale à l'éther. Procédé opératoire habituel sans aucun incident. Durée de l'opération : 30 minutes.

Suites normales et apyrétiques.

12^e OBSERVATION. — *Salha bent Ahmed*. N° 3318/5.

I-pare. Entrée à l'hôpital le 3 octobre 1938.

Césarienne basse transversale selon le procédé habituel, le 4 octobre, pour bassin rachitique généralement rétréci après douze heures de travail, poche des eaux rompue.

Aucun incident opératoire.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites normales et apyrétiques.

13^e OBSERVATION. — *Ménia bent Naceur*. N° 3367/16.

II-pare. Basiotripsie à Sadiki, pour son premier accouchement.

Examen : bassin rachitique avec promontoire très saillant à 9 cm.

Césarienne basse transversale au début du travail à dilatation de cinq francs, membranes intactes.

Aucun incident opératoire.

Suites normales et apyrétiques. Sort guérie.

14^e OBSERVATION. — *Halima bent Ali*. N° 4190/19.

I-pare à terme. Bassin généralement rétréci avec P. S. P. = 10. Sacrum redressé. En observation dans le Service.

Début du travail le 19 décembre 1938 à 19 heures par rupture prématurée des membranes.

Après 14 heures de travail au cours duquel la tête ne s'engage pas et la dilatation reste stationnaire à cinq francs (température 38°4).

Césarienne sous anesthésie générale à l'éther, selon le procédé habituel.

Réintégration de l'utérus, le muscle étant suturé en deux plans. Le péritoine pré-segmentaire est solidarisé à la paroi ; celle-ci est réfermée en trois plans.

Un drain et deux mèches sont placés dans le puits séreux dont le fond est constitué par le muscle suturé.

Suites opératoires fébriles. Congestion pulmonaire traitée avec succès par des injections d'alcool intra-veineux. Suppuration importante de la plaie abdominale avec formation d'une fistule utéro-pariétale qui, pourtant, n'est que passagère, car elle se ferme spontanément au 20^e jour.

La malade quitte l'hôpital, guérie et absolument cicatrisée le 30^e jour.

15^e OBSERVATION. — *Zohra bent Baji*. N° 4139/20.

XIII-pare. 9 enfants vivants. Hospitalisée pour hémorragie des derniers mois de la grossesse. Anémie très marquée avec :

Hémogl.	60 %
Valeur glob.	1,94
G. R.....	1.000.581
G. B.....	7.000

Après transfusion de 150 gr. de sang citraté, l'état général s'améliore. On décide d'intervenir par césarienne sous anesthésie générale à l'éther le 6 janvier 1939.

Procédé habituel. On tombe sur un placenta à insertion antérieure recouvrant partiellement l'orifice interne.

Le fœtus est extrait en refoulant le placenta vers le bas.
Fermeture de l'utérus en trois plans et de la paroi aux
bronzes sans drainage.

Suites normales et apyrétiques.

La malade sort guérie le 27 janvier 1939.

16^e OBSERVATION. — *Aicha bent Salah*. N° 320/21.

I-pare en travail depuis 48 heures avec poche des eaux
rompue, depuis 18 heures. Bassin rachitique généralement
rétréci avec P. S. P. = 9. Sacrum redressé.

Césarienne basse selon le procédé habituel sous anesthésie
générale à l'éther le 1^{er} février 1939.

Aucun incident opératoire. Fermeture de la paroi en trois
plans sans drainage.

Le lendemain matin, température 39°, pouls 140 ; hémor-
ragie vaginale importante qui conduit à faire un tamponne-
ment intra-utérin.

L'état général s'améliore progressivement. Pas de fièvre
le surlendemain, mais congestion des deux bases. Alcool
intra-veineux.

La malade sort guérie avec cicatrisation *per primam* le
28 février 1939.

17^e OBSERVATION. — *Algia bent Amar*. N° 582/22.

I-pare. Bassin généralement rétréci avec P. S. P. = 8 1/2 ;
en travail depuis 48 heures, poche des eaux rompues sans
que la tête ne s'engage malgré des contractions énergiques.

On intervient le 5 février 1939, cinq heures après la rup-
ture des membranes, dilatation de deux francs.

Procédé habituel sans aucun incident opératoire.

Fermeture de la paroi au fil de bronze. Mise en place d'un gros drain.

Suites normales et apyrétiques. Légère désunion de l'angle inférieur de la plaie.

La malade sort guérie le 3 mars 1939.

18^e OBSERVATION. — *Aouicha bent Hmed*. N^o 549/23.

II-pare. Premier accouchement par forceps à l'Hôpital Sadiki. Enfant mort-né.

Césarienne à terme pour bassin généralement rétréci, tête mobile après un travail de 16 heures, le 19 février 1939. Poche des eaux rompues depuis 4 heures.

Anesthésie générale à l'éther. Procédé opératoire habituel.

La malade sort guérie le 14^e jour.

19^e OBSERVATION. — *Douja bent Hadj Belgacem*. N^o 703/24.

I-pare à terme avec nombreux stigmates de rachitisme. Bassin généralement rétréci avec promontoire à 9,5.

Tête tout à fait mobile, saillant dans la fosse iliaque gauche.

Début du travail le 5 mars 1939, par rupture prématurée des membranes à 22 heures.

Le 6, à 11 h. 30, césarienne basse pour non engagement de la tête, dilatation de deux francs, poche des eaux rompue depuis 13 heures.

Procédé habituel. Aucun incident opératoire.

Fermeture de l'abdomen en trois plans sans drainage.

Congestion pulmonaire bilatérale de moyenne gravité

qui cède à trois jours d'injections intra-veineuses d'alcool.

La malade sort guérie avec fermeture *per primam* le 24 mars 1939.

20^e OBSERVATION. — *Chouika bent Brahim.*

I-pare à terme.

Bassin généralement rétréci avec promontoire accessible et sacrum redressé.

Tête mobile, fuyant dans la f. i. gauche.

Début du travail le 15 mars 1939.

Membranes non rompues.

Le 16, à 10 h. 45, césarienne basse pour non engagement dilatation à cinq francs. Poche des eaux non rompue.

Procédé habituel. Aucun incident opératoire.

Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Congestion pulmonaire gauche sans gravité traitée à l'alcool intra-veineux.

Petit abcès de la paroi.

N ^o	Indications	Etat des membranes			Suites opératoires		Résultats	
		Intactes	Rompues depuis	Fièvres	Normales	Complicées de	Mère	Enfant
1	Bas. rach. gén. rétréci						Vivant	Vivant
2	d ^o		3 h.	37,8		Phlébite dr. puis g.	d ^o	d ^o
3	d ^o		18 h.			Supp. abd.		
4	Bas. rach. plat. épauule, utérus cordiforme						d ^o	d ^o
5	Ostéomalacie						d ^o	d ^o
6	Bas. plat. gros fœtus						d ^o	d ^o
7	Bas. rach.					Congest. pulm.	d ^o	d ^o
8	Bas. rach. gén. rétréci		10 h.				d ^o	d ^o
9	d ^o						d ^o	d ^o
10	Bas. rach. plat		16 h.				d ^o	d ^o
11	Bas. rach. canalic.		12 h.				d ^o	d ^o
12	Bas. rach. gén. rétréci		12 h.				d ^o	d ^o
13	d ^o						d ^o	d ^o
14	d ^o		14 h.	38,4		C. pulm., fist. utéro-pariétale passagère	d ^o	Décédé après 2 h.
15	Placenta proevia							Vivant
16	Bas. rach. gén. rétréci		18 h.			Hémor. vaginale. Congest. pulm.	d ^o	d ^o
17	d ^o		5 h.				d ^o	d ^o
18	d ^o		4 h.				d ^o	d ^o
19	d ^o		13 h.			Congest. pulm. Congest. pulm.	d ^o	d ^o
20	Bas. rétréci							

CONCLUSIONS

Ces observations nous ont permis de tirer les conclusions suivantes :

Cette technique peut s'appliquer à tous les cas. Si elle donne de bons résultats dans les cas infectés, elle en donne de meilleurs encore dans les cas purs.

Elle est d'exécution facile : l'incision transversale ne nécessite qu'un léger décollement des bords du péritoine pré-utérin.

En cas de placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus, comme il arrive fréquemment, ou en cas de fibrome du corps, surtout de la face antérieure, l'incision transversale les évite.

Elle est rapide : la durée de l'intervention n'a jamais excédé 30 minutes.

On peut donc opérer des femmes fatiguées par l'infection, une hémorragie, ou une éclampsie, et extraire vivant un fœtus ayant souffert.

Elle apparaît comme bénigne puisque nous n'avons enregistré aucun décès.

Le danger des blessures des vaisseaux utérins qu'on lui reproche semble avoir été exagéré, tout au moins pour la césarienne basse transverse avec

extériorisation. Si, cependant cet incident se produisait, l'observation n° 3 nous montre qu'on peut les lier sans inconvénient.

Cette technique a été mise au point par le Dr Brun dans le même esprit que les autres techniques de Sadiki, c'est-à-dire simple, facile et rapide. Elle a été conçue de façon à pouvoir être utilisée avec un minimum de connaissances chirurgicales, par nos camarades, médecins de colonisation, dont beaucoup sortent de Sadiki. Surtout pour ceux qui sont isolés dans des régions où l'éducation médicale de la population est à faire, et qui ne disposent souvent que de moyens précaires, pour opérer des femmes qui viennent au médecin trop fréquemment en dernier recours.

Vu : Le Président de la thèse,

P. DUVAL.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
e Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	30
Technique	33
Avantages et indications	42
Résultats	45
Observations	47
Conclusions.....	68

51. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris. — 1-1940
